



Utilisez ce formulaire pour savoir à quelle couverture vous avez droit

- Des assurances santé privées vous offrant une couverture complète
 - Un nouveau crédit d'impôt vous aidant immédiatement à payer vos primes d'assurance santé
 - Une assurance gratuite ou peu chère fournie au titre de Medicaid ou de CHIP (assurance santé destinée aux enfants)
- Vous pouvez avoir droit à une assurance gratuite ou peu chère même si vous gagnez \$94.000 par an (pour une famille composée de 4 personnes).**



Qui peut utiliser ce formulaire ?

- Utilisez ce formulaire pour faire une demande au profit de n'importe quel membre de votre famille.
- Déposez une demande même si vous-même ou votre enfant bénéficiez déjà d'une assurance santé. Il se peut que vous ayez droit à une assurance gratuite ou peu chère.
- Si vous êtes célibataire, vous pourrez peut-être utiliser un formulaire plus succinct. Allez sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Les familles qui comprennent des immigrés peuvent postuler elles aussi. Vous pouvez déposer une demande au profit de votre enfant même si vous n'avez pas vous-même droit à une assurance. Votre demande ne modifiera pas votre statut d'immigration ni vos chances de devenir un résident permanent ou un citoyen.
- Si vous vous faites aider pour remplir ce formulaire, vous aurez peut-être besoin de remplir l'annexe C.



Postulez plus vite en ligne

Postulez plus vite en ligne sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).



Ce dont vous pourrez avoir besoin pour postuler

- Les numéros de sécurité sociale concernés (ou les numéros de référence des immigrés éligibles ayant besoin d'une assurance)
- Les informations relatives aux employeurs et revenus de tous les membres de votre famille (avis de paiement, formulaires W-2, bulletin de salaire, avis d'imposition, etc.)
- Les numéros des polices d'assurance santé déjà contractées
- Les informations relatives aux assurances santé professionnelles auxquelles votre famille a droit



Pourquoi avons-nous besoin de ces informations ?

Nous demandons des informations relatives aux revenus et autres pour pouvoir déterminer à quelle couverture vous avez droit et si vous pouvez percevoir une aide vous permettant de payer les primes concernées. **Les informations que vous fournirez resteront confidentielles, comme l'exige la loi.** Pour consulter notre politique relative à la confidentialité, allez sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou consultez les instructions concernées.



Quelle sera la suite des événements ?

Envoyez votre formulaire rempli et signé à l'adresse mentionnée en page 7. **Si vous ne disposez pas de toutes les informations demandées, signez et déposez votre formulaire quand même.** Nous vous recontacterons sous 8 à 15 jours. Vous recevrez des instructions relatives aux prochaines démarches que vous devrez faire. Si vous n'êtes pas recontacté(e), allez sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou appelez le **1-800-318-2596**. Le fait de remplir ce formulaire ne signifie pas que vous devrez acheter une assurance santé.



Faites-vous aider pour remplir ce formulaire

- **En ligne :** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)
- **Téléphone :** Appelez notre service d'assistance au **1-800-318-2596**.
- **En personne :** Il y a peut-être dans votre région des conseillers que vous pourrez rencontrer. Allez sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou appelez le **1-800-318-2596** pour avoir plus d'informations.
- **En Español :** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.



Ecrivez à l'encre bleue ou noire pour remplir ce formulaire.

ETAPE 1 Fournissez des renseignements personnels.

(Fournissez des renseignements relatifs à l'adulte qui pourra être contacté dans le cadre de cette demande.)

1. Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille	Titre
2. Adresse du domicile (ne pas l'indiquer si vous n'en avez pas)			3. Numéro de l'appartement ou du bureau/magasin
4. Ville	5. Etat	6. Code postal	7. Comté
8. Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)			9. Numéro de l'appartement ou du bureau/magasin
10. Ville	11. Etat	12. Code postal	13. Comté
14. Numéro de téléphone () -		15. Autre numéro de téléphone () -	
16. Voulez-vous recevoir des informations relatives à votre demande par email ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Adresse électronique : _____			
17. Quelle est la langue dans laquelle vous préférez communiquer à l'écrit ou à l'oral (s'il ne s'agit pas de l'anglais) ? _____			

ETAPE 2 Fournissez des renseignements relatifs à votre famille.**Qui devez-vous inclure dans cette demande ?**

Fournissez des renseignements sur tous les membres de votre famille qui vivent avec vous. Si vous remplissez une déclaration de revenus, fournissez des renseignements sur toutes les personnes mentionnées dans cette déclaration. (Il n'est pas nécessaire de remplir une déclaration de revenus pour bénéficier d'une assurance santé.)

INCLUEZ :

- Vous-même
- Votre époux/épouse
- Vos enfants de moins de 21 ans qui vivent avec vous
- Votre conjoint(e) (avec qui vous n'êtes pas marié(e) ayant besoin d'une assurance santé)
- Toute personne mentionnée dans votre déclaration de revenus, même si il/elle ne vit pas avec vous
- Toute autre personne de moins de 21 ans que vous prenez en charge et qui vit avec vous

VOUS N'AVEZ PAS BESOIN D'INCLURE :

- Votre conjoint(e) (avec qui vous n'êtes pas marié(e) n'ayant pas besoin d'une assurance santé)
- Les enfants de ce(cette) conjoint(e)
- Vos parents qui vivent avec vous mais qui remplissent leur propre déclaration de revenus (si vous avez plus de 21 ans)
- Les autres membres de votre famille qui remplissent leur propre déclaration de revenus

Le montant de l'aide et le type de protection auxquels vous avez droit dépendent du nombre des membres de votre famille et de leurs revenus. Ces renseignements nous aident à faire en sorte que les demandeurs bénéficient de la meilleure couverture possible.

Reproduisez l'étape 2 pour chacun des membres de votre famille. Fournissez d'abord des renseignements vous concernant, puis incluez les autres adultes et les enfants concernés. Si vous devez inclure plus de 2 membres de votre famille, vous devrez faire une copie des pages concernées et les joindre à ce formulaire. Il n'est pas nécessaire d'indiquer le statut d'immigration ou le SSN (numéro de sécurité sociale) des membres de votre famille qui n'ont pas besoin d'assurance santé. Les renseignements que vous fournirez resteront confidentiels, comme l'exige la loi. Nous n'utiliserons ces renseignements personnels que pour déterminer si vous avez droit à une assurance santé.



BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE ? Allez sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou appelez-nous au **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Si vous avez besoin de communiquer dans une langue autre que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et indiquez au représentant du service clients la langue dont vous avez besoin. Nous vous aiderons sans frais pour vous. Les utilisateurs TTY doivent appeler le **1-855-889-4325**.

ETAPE 2 : PERSONNE 1 (Commencez par vous-même)

Dans le cadre de l'étape 2, fournissez des renseignements sur vous-même, votre époux(se) ou conjoint(e), vos enfants vivant avec vous et toute personne mentionnée dans votre déclaration de revenus fédérale (si vous en remplissez une). Consultez la page 1 pour avoir plus d'informations sur les personnes à inclure. Si vous ne remplissez pas de déclaration de revenus, incluez quand même les membres de votre famille qui vivent avec vous.

1. Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille	Titre
_____	_____	_____	_____

2. Rapport entretenu avec vous ? MOI-MEME _____	3. Date de naissance (mm/jj/aaaa) ____ / ____ / ____	4. Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
---	---	---

5. SSN (numéro de sécurité sociale) _____ - _____ - _____

Nous avons besoin de ce renseignement si vous désirez une assurance santé et possédez un SSN. Même si vous ne demandez pas d'assurance santé pour vous-même, veuillez indiquer votre SSN pour permettre un traitement plus rapide de votre demande. Nous utilisons les SSN pour connaître les revenus et autres données nous permettant de déterminer qui a droit à une aide destinée au paiement de frais d'assurance santé. Pour obtenir un SSN, appelez le 1-800-772-1213 ou allez sur [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Les utilisateurs TTY doivent appeler le 1-800-325-0778.

6. Pensez-vous que vous devrez remplir une déclaration de revenus fédérale L'AN PROCHAIN ?

(Vous pourrez postuler pour une assurance santé même si vous ne remplissez pas de déclaration de revenus fédérale.)

OUI. Si oui, veuillez répondre aux questions a-c. **NON. Si non**, passez à la question c.

a. Remplirez-vous une déclaration commune avec votre époux(se) ? Oui Non

Si oui, nom de l'époux(se) : _____

b. Incluez-vous des personnes à charge dans votre déclaration de revenus ? Oui Non

Si oui, indiquez le nom de chaque personne à charge :

c. Figurerez-vous en tant que personne à charge sur la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de cette personne : _____
Quel rapport entretenez-vous avec cette personne ? _____

7. Etes-vous enceinte ? Oui Non a. **Si oui**, combien de bébés sont prévus dans le cadre de cette grossesse ? _____

8. Avez-vous besoin d'une assurance santé ?

(Même si vous avez déjà une assurance, il se peut que vous ayez droit à une police offrant une meilleure couverture ou des primes moindres.)

OUI. Si oui, répondez à toutes les questions ci-dessous. **NON. Sinon**, PASSEZ aux questions relatives aux revenus en page 3. Ne remplissez pas les autres champs de cette page-ci.

9. Souffrez-vous d'une maladie physique, mentale ou émotionnelle qui vous gêne dans certaines activités (se laver, s'habiller, tâches quotidiennes, etc.) ou habitez-vous dans un établissement médical ou une maison de retraite ? Oui Non

10. Etes-vous un citoyen ou ressortissant des Etats-Unis ? Oui Non

11. **Si vous n'êtes pas un citoyen ou ressortissant des Etats-Unis**, êtes-vous éligible en tant qu'immigré ? (Voir instructions.)

Oui. Indiquez la nature de votre titre de séjour et votre identifiant ci-dessous.

a. Nature du titre de séjour :

b. Identifiant figurant sur le titre de séjour

c. Vivez-vous aux Etats-Unis depuis 1996 ? Oui Non

d. Etes-vous vous-même ou votre époux(se) ou un de vos parents, un vétéran ou un membre en service de l'armée américaine ?
 Oui Non

12. Avez-vous besoin d'aide pour payer vos factures médicales des 3 derniers mois ? Oui Non

13. Vivez-vous avec au moins un enfant de moins de 19 ans et êtes-vous la principale personne qui le prend en charge ? Oui Non

14. Etes-vous étudiant(e) à plein temps ? Oui Non

15. Viviez-vous au sein d'une famille d'accueil à l'âge de ou après vos 18 ans ?
 Oui Non

16. Si latino, origine ethnique (OPTIONNEL— cochez les cases concernées.)

Mexicain Américain d'origine mexicaine Chicano Portoricain Cubain Autre _____

17. Race (OPTIONNEL— cochez les cases concernées.)

<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou d'Alaska	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Originaire de l'île de Guam ou des îles Mariannes
<input type="checkbox"/> Noir ou noir-américain	<input type="checkbox"/> Indien d'Asie	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Autre origine asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan
	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Hawaïen de souche	<input type="checkbox"/> Originaire d'une autre île du Pacifique
			<input type="checkbox"/> Autre _____	



BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE ? Allez sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou appelez-nous au **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Si vous avez besoin de communiquer dans une langue autre que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et indiquez au représentant du service clients la langue dont vous avez besoin. Nous vous aiderons sans frais pour vous. Les utilisateurs TTY doivent appeler le **1-855-889-4325**.

ETAPE 2 : PERSONNE 1 (Continuez à fournir des renseignements sur vous-même)

Renseignements relatifs à l'emploi et aux revenus

Actif : Si vous avez actuellement un emploi, renseignez-nous sur vos revenus. Commencez à la question 18.

Sans emploi : Passez à la question 28.

Travailleur indépendant : Passez à la question 27.

EMPLOI ACTUEL 1 :

18. Nom de l'employeur

a. Adresse de l'employeur

b. Ville

c. Etat

d. Code postal

19. Téléphone de l'employeur

20. Salaire/pourboires (avant taxes)

- Horaires Hebdomadaires Bi-hebdomadaires
 Deux fois par mois Mensuels Annuels

21. Nombre moyen d'heures de travail par SEMAINE

EMPLOI ACTUEL 2 : (Si vous occupez d'autres emplois, joignez une autre feuille de papier.)

22. Nom de l'employeur

a. Adresse de l'employeur

b. Ville

c. Etat

d. Code postal

23. Téléphone de l'employeur

24. Salaire/pourboires (avant taxes)

- Horaires Hebdomadaires Bi-hebdomadaires
 Deux fois par mois Mensuels Annuels

25. Nombre moyen d'heures de travail par SEMAINE

26. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :** changé d'emploi cessé de travailler commencé à faire moins d'heures de travail
 Aucune de ces réponses

27. Si vous êtes travailleur indépendant, répondez aux questions suivantes :

a. Nature de l'activité :

b. Quels revenus nets (profit dégagé après paiement des dépenses liées à l'activité) aurez-vous perçus grâce à cette activité ce mois-ci ? (Voir instructions.) \$

28. **AUTRES REVENUS CE MOIS-CI :** Cochez toutes les cases valides, et indiquez le montant concerné ainsi que la fréquence avec laquelle vous le percevez. Cochez la case ci-contre si vous n'avez pas d'autres revenus.

NOTA BENE : Il n'est pas nécessaire d'indiquer les pensions versées au profit d'un enfant, les pensions de l'armée ou les revenus SSI.

- | | | | | | |
|---|----|--------------------|---|----|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Chômage | \$ | Quelle fréquence ? | <input type="checkbox"/> Pension alimentaire reçue | \$ | Quelle fréquence ? |
| <input type="checkbox"/> Retraite | \$ | Quelle fréquence ? | <input type="checkbox"/> Revenus nets issus de l'agriculture, l'élevage ou la pêche | \$ | Quelle fréquence ? |
| <input type="checkbox"/> Sécurité sociale | \$ | Quelle fréquence ? | <input type="checkbox"/> Revenus nets issus d'une location / de royalties | \$ | Quelle fréquence ? |
| <input type="checkbox"/> Comptes d'épargne retraite | \$ | Quelle fréquence ? | <input type="checkbox"/> Autres revenus Type : _____ | \$ | Quelle fréquence ? |

29. **DEDUCTIONS :** Cochez toutes les cases valides, et indiquez le montant concerné ainsi que la fréquence avec laquelle vous le percevez. Si certaines de vos dépenses peuvent être déduites de votre déclaration de revenus fédérale, indiquez-les pour pouvoir éventuellement bénéficier d'une assurance santé un peu moins chère.

NOTA BENE : N'incluez pas ici les dépenses dont vous avez déjà tenu compte dans votre réponse à la question 27b sur les revenus nets liés à une activité de travailleur indépendant.

- | | | | | | |
|---|----|--------------------|--|----|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Pension alimentaire versée | \$ | Quelle fréquence ? | <input type="checkbox"/> Autre déductions Type : _____ | \$ | Quelle fréquence ? |
| <input type="checkbox"/> Intérêts liés à un prêt étudiant | \$ | Quelle fréquence ? | | | |

30. **REVENUS ANNUELS :** Ne remplissez cette section que si vos revenus varient d'un mois à l'autre. Si vous ne vous attendez à aucune variation de vos revenus mensuels, passez à la personne suivante.

Total de vos revenus pour cette année	Total de vos revenus pour l'an prochain (si vous pensez qu'il sera différent)
\$	\$

MERCI !
 Nous n'avons pas besoin d'autres renseignements vous concernant.



BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE ? Allez sur HealthCare.gov ou appelez-nous au **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Si vous avez besoin de communiquer dans une langue autre que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et indiquez au représentant du service clients la langue dont vous avez besoin. Nous vous aiderons sans frais pour vous. Les utilisateurs TTY doivent appeler le **1-855-889-4325**.

ETAPE 2 : PERSONNE 2

Si vous devez inclure plus de deux personnes, faites une copie de la section consacrée à l'étape 2 : Personne 2 (pages 4 et 5) et remplissez-la.

Dans le cadre de l'étape 2, fournissez des renseignements sur vous-même, votre époux(se) ou conjoint(e), vos enfants vivant avec vous et toute personne mentionnée dans votre déclaration de revenus fédérale (si vous en remplissez une). Consultez la page 1 pour avoir plus d'informations sur les personnes à inclure. Si vous ne remplissez pas de déclaration de revenus, incluez quand même les membres de votre famille qui vivent avec vous.

1. Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille	Titre
_____	_____	_____	_____

2. Rapport entretenu avec vous ? (Voir instructions.)	3. Date de naissance (mm/jj/aaaa)	4. Sexe
_____	____ / ____ / _____	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

5. SSN (numéro de sécurité sociale) _____ - _____ - _____ **Nous avons besoin de ce renseignement si vous voulez que la PERSONNE 2 ait une assurance santé et que la PERSONNE 2 possède un SSN.**

6. La PERSONNE 2 habite-t-elle à la même adresse que vous ? Oui Non
Sinon, précisez l'adresse : _____

7. **La PERSONNE 2 prévoit-elle de remplir une déclaration de revenus fédérale L'AN PROCHAIN ?**
(Vous pourrez postuler pour une assurance santé même si la PERSONNE 2 ne remplit pas de déclaration de revenus fédérale.)

- OUI.** Si oui, veuillez répondre aux questions a à c. **NON.** Sinon, passez à la question c.
- a. La PERSONNE 2 remplira-t-elle une déclaration commune avec son époux(se) ? Oui Non
Si oui, nom de l'époux(se) : _____
- b. La PERSONNE 2 inclura-t-elle des personnes à charge dans votre déclaration de revenus ? Oui Non
Si oui, indiquez le nom de chaque personne à charge : _____
- c. La PERSONNE 2 figurera-t-elle en tant que personne à charge sur la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ? Oui Non
Si oui, veuillez indiquer le nom de cette personne : _____
 Quel rapport la PERSONNE 2 entretient-elle avec cette personne ? _____

8. La PERSONNE 2 est-elle enceinte ? Oui Non a. **Si oui**, combien de bébés sont prévus dans le cadre de cette grossesse ? _____

9. **La PERSONNE 2 a-t-elle besoin d'une assurance santé ?**
(Même si la PERSONNE 2 est déjà assurée, il se peut qu'elle ait droit à une police offrant une meilleure couverture ou des primes moindres.)
 OUI. Si oui, répondez à toutes les questions ci-dessous. **NON.** Sinon, PASSEZ aux questions relatives aux revenus en page 3. Ne remplissez pas les autres champs de cette page-ci.  

10. La PERSONNE 2 souffre-t-elle d'une maladie physique, mentale ou émotionnelle qui la gêne dans certaines activités (se laver, s'habiller, tâches quotidiennes, etc.) ou habite-t-elle dans un établissement médical ou une maison de retraite ? Oui Non

11. La PERSONNE 2 est-elle un citoyen ou ressortissant des Etats-Unis ? Oui Non

12. **Si la PERSONNE 2 n'est pas un citoyen ou ressortissant des Etats-Unis**, est-elle éligible en tant qu'immigrée ? *(Voir instructions.)*
 Oui. Indiquez la nature du titre de séjour et l'identifiant de la PERSONNE 2 ci-dessous.

- | | |
|---|--|
| a. Nature du titre de séjour :
_____ | b. Identifiant figurant sur le titre de séjour
_____ |
| c. La PERSONNE 2 vit-elle aux Etats-Unis depuis 1996 ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | d. La PERSONNE 2, son époux(se) ou un de ses parents est-il ou elle un vétéran ou un membre en service de l'armée américaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

13. La PERSONNE 2 a-t-elle besoin d'aide pour payer ses factures médicales des 3 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	14. La PERSONNE 2 vit-elle avec au moins un enfant de moins de 19 ans et est-elle la principale personne qui le prend en charge ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	15. La PERSONNE 2 vivait-elle au sein d'une famille d'accueil à l'âge de ou après ses 18 ans ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	--

Veillez répondre aux questions suivantes si la PERSONNE 2 a 22 ans ou moins :

16. Dans les 3 derniers mois, la PERSONNE 2 bénéficiait-elle d'une assurance par le biais d'un emploi, qu'elle a perdue depuis ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non a. Si oui , date de clôture : _____ b. Raison de la clôture de la police d'assurance : _____	17. La PERSONNE 2 est-elle étudiant(e) à plein temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--

18. **Si latino, origine ethnique (OPTIONNEL— cochez les cases concernées.)**
 Mexicain Américain d'origine mexicaine Chicano Portoricain Cubain Autre _____

19. **Race (OPTIONNEL— cochez les cases concernées.)**

<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou d'Alaska	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Originaire de l'île de Guam ou des îles Mariannes
<input type="checkbox"/> Noir ou noir-américain	<input type="checkbox"/> Indien d'Asie	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Autre origine asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan
<input type="checkbox"/> Chinois		<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Hawaïen de souche	<input type="checkbox"/> Originaire d'une autre île du Pacifique
			<input type="checkbox"/> Autre _____	

Veillez maintenant nous renseigner sur les revenus de la PERSONNE 2 au dos de cette feuille. 

 **BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE ?** Allez sur HealthCare.gov ou appelez-nous au **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Si vous avez besoin de communiquer dans une langue autre que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et indiquez au représentant du service clients la langue dont vous avez besoin. Nous vous aiderons sans frais pour vous. Les utilisateurs TTY doivent appeler le **1-855-889-4325**.

ETAPE 2 : PERSONNE 2

Renseignements relatifs à l'emploi et aux revenus

Actif : Si la PERSONNE 2 a actuellement un emploi, renseignez-nous sur ses revenus. Commencez à la question 20.

Sans emploi : Passez à la question 30.

Travailleur indépendant : Passez à la question 29.

EMPLOI ACTUEL 1 :

20. Nom de l'employeur

a. Adresse de l'employeur

b. Ville

c. Etat

d. Code postal

21. Téléphone de l'employeur

 () -

22. Salaire/pourboires (avant taxes)

\$

Horaires

Hebdomadaires

Bi-hebdomadaires

Deux fois par mois

Mensuels

Annuels

23. Nombre moyen d'heures de travail par SEMAINE

EMPLOI ACTUEL 2 : (Si la PERSONNE 2 occupe d'autres emplois, joignez une autre feuille de papier.)

24. Nom de l'employeur

a. Adresse de l'employeur

b. Ville

c. Etat

d. Code postal

25. Téléphone de l'employeur

 () -

26. Salaire/pourboires (avant taxes)

\$

Horaires

Hebdomadaires

Bi-hebdomadaires

Deux fois par mois

Mensuels

Annuels

27. Nombre moyen d'heures de travail par SEMAINE

28. **Au cours des 12 derniers mois, la PERSONNE 2 a-t-elle** : changé d'emploi cessé de travailler commencé à faire moins d'heures de travail Aucune de ces réponses

29. Si la PERSONNE 2 est travailleur indépendant, répondez aux questions suivantes :

a. Nature de l'activité :

b. Quels revenus nets (profit dégagé après paiement des dépenses liées à l'activité) la PERSONNE 2 aura-t-elle perçus grâce à cette activité ce mois-ci ? (Voir instructions.)

\$

30. **AUTRES REVENUS CE MOIS-CI** : Cochez toutes les cases valides, et indiquez le montant concerné ainsi que la fréquence avec laquelle la PERSONNE 2 le perçoit. Cochez la case ci-contre s'il n'y a pas d'autres revenus.

NOTA BENE : Il n'est pas nécessaire d'indiquer les sommes perçues par la PERSONNE 2 au titre d'une pension au profit d'un enfant, d'une pension de l'armée ou de revenus SSI.

Chômage

\$

Quelle fréquence ?

Pension alimentaire reçue

\$

Quelle fréquence ?

Retraite

\$

Quelle fréquence ?

Revenus nets issus de l'agriculture, l'élevage ou la pêche

\$

Quelle fréquence ?

Sécurité sociale

\$

Quelle fréquence ?

Revenus nets issus d'une location / de royalties

\$

Quelle fréquence ?

Comptes d'épargne retraite

\$

Quelle fréquence ?

Autres revenus
Type: _____

\$

Quelle fréquence ?

31. **DEDUCTIONS** : Cochez toutes les cases valides, et indiquez le montant concerné ainsi que la fréquence avec laquelle la PERSONNE 2 le perçoit. Si certaines dépenses de la PERSONNE 2 peuvent être déduites sur une déclaration de revenus fédérale, indiquez-les pour qu'elle puisse éventuellement bénéficier d'une assurance santé un peu moins chère.

NOTA BENE : N'incluez pas ici les dépenses dont vous avez déjà tenu compte dans votre réponse à la question 29b sur les revenus nets liés à une activité de travailleur indépendant.

Pension alimentaire versée

\$

Quelle fréquence ?

Autres déductions
Type: _____

\$

Quelle fréquence ?

Intérêts liés à un prêt étudiant

\$

Quelle fréquence ?

32. **REVENUS ANNUELS** : Ne remplissez cette section que si les revenus de la PERSONNE 2 varient d'un mois à l'autre. Si vous vous attendez à ce que les revenus mensuels de la PERSONNE 2 ne varient pas, passez à la personne suivante. ➔

Total des revenus de la PERSONNE 2 cette année \$

Total des revenus de la PERSONNE 2 l'an prochain (si vous pensez qu'il sera différent) \$

MERCI !

Nous n'avons pas besoin d'autres renseignements concernant la PERSONNE 2.



BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE ? Allez sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou appelez-nous au **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Si vous avez besoin de communiquer dans une langue autre que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et indiquez au représentant du service clients la langue dont vous avez besoin. Nous vous aiderons sans frais pour vous. Les utilisateurs TTY doivent appeler le **1-855-889-4325**.

ETAPE 3 Membre(s) de la famille qui sont des Indiens d'Amérique ou d'Alaska

1. Êtes-vous ou un membre de votre famille est-il un Indien d'Amérique ou d'Alaska ?

- NON.** Si ce n'est pas le cas, passez à l'étape 4.
- OUI.** Si oui, passez à l'annexe B.

ETAPE 4 La couverture santé de votre famille

Répondez à ces questions concernant tout membre de votre famille ayant besoin d'une couverture santé.

1. Y a-t-il des membres de votre famille qui ont une couverture santé au titre d'un des systèmes suivants ?

- OUI.** Si oui, cochez le type de couverture concerné et indiquez le nom du ou des bénéficiaires à côté de la couverture en question. **NON.**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____ | <input type="checkbox"/> Assurance prise en charge par l'employeur _____ |
| <input type="checkbox"/> CHIP _____ | Nom de l'assurance santé : _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____ | Numéro de la police : _____ |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (ne pas cocher si vous bénéficiez de Direct Care ou de Line of Duty) _____ | S'agit-il d'une assurance maintenue au titre de la loi COBRA ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Assurance destinée aux vétérans de l'armée _____ | S'agit-il d'une assurance destinée aux retraités ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Assurance destinée aux membres des Peace Corps _____ | <input type="checkbox"/> Autre |
| | Nom de l'assurance santé : _____ |
| | Numéro de la police : _____ |
| | S'agit-il d'une assurance à couverture limitée (par ex., une assurance pour accident scolaire) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

2. Parmi les personnes mentionnées dans ce formulaire, y en a-t-il qui se sont vues offrir une couverture santé dans le cadre d'un emploi ?

Cochez oui même si la couverture a pour base l'emploi d'une autre personne, par exemple un parent ou l'époux(se).

- OUI.** Si oui, vous devrez remplir et joindre l'annexe A. S'agit-il d'une assurance pour salariés financée par des fonds publics ? Oui Non
- NON.** Si ce n'est pas le cas, passez à l'étape 5.

ETAPE 5 Relisez et signez ce formulaire.

- Je signe cette demande sous peine de parjure et déclare avoir répondu de manière véridique, autant que je puisse en juger, à toutes les questions posées dans ce formulaire. Je sais que je pourrai subir des sanctions au titre de la loi fédérale si je fournis volontairement des renseignements faux ou inexacts.
- Je sais que je devrai en informer le Health Insurance Marketplace si des changements surviennent ou des inexactitudes se révèlent par rapport à ce que j'ai écrit dans ce formulaire. Je peux aller sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou appeler le **1-800-318-2596** pour déclarer tout changement de situation. Je sais que toute modification des renseignements fournis par moi peut affecter l'éligibilité des membres de mon foyer.
- Je sais que, au titre de la loi fédérale, il est interdit d'exercer toute discrimination contre un individu eu égard à sa race, sa couleur, son origine nationale, son sexe, son âge, son orientation sexuelle, son identité sexuelle ou son handicap. Je peux porter plainte pour discrimination en allant sur www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Je sais que les renseignements fournis dans ce formulaire ne seront utilisés que pour déterminer si les candidats ont droit à une assurance santé et resteront confidentiels conformément à la loi.
- Je déclare qu'aucun des candidats mentionnés dans ce formulaire n'est incarcéré (détenu ou emprisonné). Sinon, est _____ incarcéré(e).
(nom de la personne)

Nous avons besoin de ces renseignements pour déterminer si vous avez droit à une aide vous permettant de régler vos frais d'assurance santé. Nous vérifierons l'exactitude de vos réponses au moyen de nos bases de données électroniques et de celles du fisc (IRS), de la Social Security, du Department of Homeland Security et/ou d'un organisme évaluant la solvabilité d'individus. Si les renseignements indiqués dans ce formulaire ne correspondent pas à ces bases de données, nous vous demanderons peut-être de fournir des preuves.



BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE ? Allez sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou appelez-nous au **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Si vous avez besoin de communiquer dans une langue autre que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et indiquez au représentant du service clients la langue dont vous avez besoin. Nous vous aiderons sans frais pour vous. Les utilisateurs TTY doivent appeler le **1-855-889-4325**.

ETAPE 5 (suite)

Renouvellement de la couverture santé dans le futur

Pour permettre de déterminer plus facilement dans le futur si j'ai droit à une aide destinée au règlement de mes frais d'assurance santé, j'autorise le Marketplace à utiliser des données relatives à mes revenus, y compris celles figurant dans mes déclarations de revenus. Le Marketplace m'enverra un avis et me permettra de faire les modifications que je jugerai utiles. Je pourrai revenir sur cette décision à tout moment.

Oui, je veux que mes droits soient renouvelés automatiquement pendant la ou les prochaines

5 années (nombre maximal d'années permis) ou :

4 années 3 années 2 années 1 année N'utilisez pas les renseignements fournis dans mes déclarations de revenus pour renouveler mes droits.

Si un des candidats mentionnés dans ce formulaire a droit à bénéficiaire de Medicaid

- Je donne à Medicaid le droit de réclamer et percevoir toute somme due au titre d'autres assurances santé, d'accords juridiques ou de liens avec d'autres tierces parties. Je donne à Medicaid le droit de réclamer et percevoir toute somme due au titre d'une pension versée par l'époux(se) ou un parent destinée au règlement de frais médicaux.
- Ce formulaire mentionne-t-il un enfant dont un parent ne vit pas dans le foyer indiqué ? Oui Non
- Si oui, je sais que je devrai coopérer avec l'organisme récupérant auprès d'un parent absent les sommes dues au titre d'une pension médicale. Si je pense qu'une telle coopération peut me nuire ou nuire à mes enfants, je pourrai en informer Medicaid et être autorisé(e) à ne pas coopérer.

Que devrai-je faire si je pense que le jugement émis concernant mon éligibilité est incorrect ?

Si vous n'êtes pas d'accord avec les décisions prises concernant ce à quoi vous avez droit, vous pourrez dans la plupart des cas faire appel. Veuillez consulter votre avis d'éligibilité pour prendre connaissance des instructions concernant la manière de faire appel pour chacun des membres de votre foyer, y compris le délai à respecter pour faire appel. Au moment d'envisager de faire appel, il est important de considérer les points suivants :

- Vous pouvez faire appel par le biais ou en association avec quelqu'un d'autre. Cette personne pourra être un ami, un membre de votre famille, un avocat ou tout autre individu. Vous pouvez aussi faire appel seul.
- Si vous faites appel, vous pourrez garder vos droits à une couverture pendant l'examen de votre appel.
- Les décisions prises suite à votre appel pourront affecter l'éligibilité des autres membres de votre foyer.

Pour faire appel d'un jugement concernant votre éligibilité, connectez-vous à votre compte Marketplace sur [HealthCare.gov/marketplace](https://www.healthcare.gov/marketplace) ou appelez le **1-800-318-2596**. Les utilisateurs TTY doivent appeler le **1-855-889-4325**. Vous pouvez aussi envoyer par courrier un formulaire d'appel ou une lettre demandant une procédure d'appel à cette adresse : **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750. Vous pouvez faire appel d'une décision concernant vos droits à contracter une assurance santé via le Marketplace, à bénéficier de telle durée de couverture, de crédits d'impôt, de réductions au titre de la mutualisation de coûts, de Medicaid et de CHIP. Si vous avez droit à des crédits d'impôt ou des réductions au titre de la mutualisation de coûts, vous pouvez faire appel de la décision concernant le montant auquel vous avez droit. Selon votre situation, vous pouvez faire appel auprès du Marketplace ou bien de l'organisme Medicaid ou CHIP de votre Etat.

Signer ce formulaire. La personne qui a rempli la section Etape 1 doit signer ce formulaire. Si vous êtes autorisé(e) à agir en tant que représentant, vous pouvez signer ce formulaire à condition de fournir les renseignements requis par l'annexe C.

Signature

Date (mm/jj/aaaa)

____ / ____ / ____

ETAPE 6 Envoyez par courrier le formulaire rempli.

Envoyez votre formulaire signé à :

Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750

Si vous voulez vous inscrire sur une liste électorale, vous pouvez remplir un formulaire d'inscription sur [usa.gov](https://www.usa.gov).

Déclaration PRA

Selon la loi sur l'allègement des tâches administratives de 1995, nul n'est tenu de fournir des renseignements demandés par un formulaire qui ne possède pas un numéro OMB valide. Le numéro OMB de ce formulaire est le 0938-1191. Il faut en moyenne 45 minutes pour remplir ce formulaire, en comptant le temps qu'il faut pour lire les instructions, consulter des sources d'information, réunir les renseignements demandés et remplir et relire le formulaire. Si vous voulez commenter cette estimation du temps qu'il faut pour remplir ce formulaire ou suggérer des moyens d'améliorer celui-ci, veuillez écrire à : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ANNEXE A

Assurance santé liée à un emploi

Vous **N'AVEZ PAS** besoin de répondre à ces questions si aucun des membres de votre foyer n'a droit à une assurance santé grâce à un emploi. Joignez une copie de cette page pour chaque emploi qui fait bénéficier d'une assurance santé.

Parlez-nous de l'emploi qui donne droit à une assurance santé.

Utilisez l'Outil couverture employeur (voir page suivante) à l'employeur offrant la couverture pour avoir une réponse à ces questions. Quand vous enverrez votre formulaire, il vous suffira de joindre cette page, et non l'Outil couverture employeur.

Renseignements relatifs au salarié

1. Nom du salarié (prénom, 2e prénom, nom de famille)	2. Numéro de sécurité sociale de salarié
[REDACTED]	[REDACTED] - [REDACTED] [REDACTED]

Renseignements relatifs à l'employeur

3. Nom de l'employeur	4. EIN (identifiant de l'employeur)
[REDACTED]	[REDACTED] - [REDACTED]
5. Adresse de l'employeur	6. Téléphone de l'employeur ([REDACTED]) [REDACTED] - [REDACTED]
7. Ville	8. Etat
[REDACTED]	[REDACTED]
9. Code postal	
[REDACTED]	
10. Dans cette entreprise, qui pouvons-nous contacter au sujet de la couverture santé des salariés ?	
[REDACTED]	
11. Numéro de téléphone (si différent du numéro supra) ([REDACTED]) [REDACTED] - [REDACTED]	12. Adresse électronique
[REDACTED]	[REDACTED]

13. Avez-vous actuellement droit à bénéficier de la couverture offerte par cet employeur, ou allez-vous devenir éligible sous 3 mois ?

Oui (continuer)

13a. Si vous êtes en période d'essai ou de stage, quand pourrez-vous vous inscrire pour bénéficier de la couverture ? (mm/jj/aaaa)

[REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Indiquez le nom des autres personnes ayant droit à une couverture au titre de cet emploi.

Nom : [REDACTED] Nom : [REDACTED] Nom : [REDACTED]

Non (passez à l'étape 5 du formulaire)

Parlez-nous de la couverture santé offerte par cet employeur.

14. L'employeur offre-t-il une couverture santé qui répond aux critères minimaux de qualité* ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15. Concernant la couverture la moins chère répondant aux critères minimaux de qualité* et offerte seulement au salarié (ne pas tenir compte des couvertures familiales) : Si l'employeur propose des programmes de bien-être, indiquez la prime que le salarié paierait s'il bénéficiait de la plus grande remise dont il puisse bénéficier pour un programme anti-tabagie et s'il ne bénéficiait d'aucune autre remise liée à un programme de bien-être.
a. Quelle somme le salarié devrait-il payer sous forme de primes au titre de cette couverture santé ? \$ [REDACTED]
b. Avec quelle fréquence ? <input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Toutes les 2 semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/> Chaque trimestre <input type="checkbox"/> Chaque année
16. Quels changements l'employeur apportera-t-il lors de la prochaine année de couverture santé (si ceux-ci sont connus) ?
<input type="checkbox"/> L'employeur n'offrira pas de couverture santé
<input type="checkbox"/> L'employeur commencera à offrir une couverture santé à ses salariés ou modifiera la prime correspondant à la couverture la moins chère à laquelle a droit le seul salarié et qui répond aux critères minimaux de qualité.* (La prime doit correspondre à la remise offerte sur les programmes de bien-être. Voir question 15.)
a. Quelle somme le salarié devra-t-il payer sous forme de primes au titre de cette couverture ? \$ [REDACTED]
b. Avec quelle fréquence ? <input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Toutes les 2 semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Une fois par mois <input type="checkbox"/> Chaque trimestre <input type="checkbox"/> Chaque année
c. Date des changements (mm/jj/aaaa) : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

*Une couverture santé sponsorisée par un employeur répond aux « critères minimaux de qualité » si les dépenses prises en charge ne sont pas inférieures à 60% du total des frais de soin autorisés (Section 36B(c)(2)(C)(ii) du Code sur les revenus internes de 1986).



BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE ? Allez sur [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou appelez-nous au **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. Si vous avez besoin de communiquer dans une langue autre que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et indiquez au représentant du service clients la langue dont vous avez besoin. Nous vous aiderons sans frais pour vous. Les utilisateurs TTY doivent appeler le **1-855-889-4325**.

OUTIL COUVERTURE EMPLOYEUR

 Formulaire approuvé
 Numéro OMB 0938-1191

Utilisez cet outil pour répondre aux questions de l'annexe A de votre formulaire Marketplace. Cette section du formulaire concerne les couvertures santé auxquelles vous avez droit au titre d'un emploi (même si c'est l'emploi d'un autre, comme un parent ou un époux). Les renseignements demandés dans les encadrés numérotés ci-dessous correspondent à ceux de l'annexe A. Par exemple, vous pouvez utiliser la réponse à la question 14 de cette page pour répondre à la question 14 de l'annexe A.

Ecrivez vos nom et numéro de sécurité sociale dans les encadrés 1 et 2 et demandez à l'employeur de remplir le reste du formulaire. Utilisez un outil pour chaque employeur offrant une couverture santé à laquelle vous avez droit.



Renseignements relatifs au SALARIÉ

Le salarié devra remplir cette section.

1. Nom du salarié (prénom, 2e prénom, nom de famille)	2. Numéro de sécurité sociale du salarié
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>



Renseignements relatifs à l'EMPLOYEUR

Demandez à l'employeur ces renseignements.

3. Nom de l'employeur	4. EIN (identifiant de l'employeur)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Adresse de l'employeur (le Marketplace enverra ses notices à cette adresse)	6. Téléphone de l'employeur (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>
7. Ville	8. Etat
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	9. Code postal
	<input type="text"/>
10. Dans cette entreprise, qui pouvons-nous contacter au sujet de la couverture santé des salariés ?	
<input type="text"/>	
11. Numéro de téléphone (si différent du numéro supra) (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	12. Adresse électronique
<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Le salarié a-t-il actuellement droit à la couverture offerte par cet employeur, ou sera-t-il éligible sous 3 mois ?

Oui (passez à la question 13a)

13a. Si le salarié n'est pas actuellement éligible, en raison par exemple d'une période d'essai ou de stage, quand aura-t-il droit à cette couverture santé ? _____ (mm/jj/aaaa) (passez à la question suivante)

Non (ARRETEZ-VOUS et rendez ce formulaire au salarié)

Parlez-nous de l'assurance santé offerte par cet employeur.

L'employeur offre-t-il une assurance santé qui protège l'époux(se) du salarié ou les personnes qui sont à sa charge ?

Oui. Quelles personnes ? Epoux(se) Personne(s) à charge

Non (passez à la question 14)

14. L'employeur offre-t-il une couverture santé qui répond aux critères minimaux de qualité* ?

Oui (passez à la question 15) Non (ARRETEZ-VOUS et rendez ce formulaire au salarié)

15. Concernant la couverture la moins chère répondant aux critères minimaux de qualité* et offerte **au seul salarié** (ne pas tenir compte des couvertures familiales) : Si l'employeur propose des programmes de bien-être, indiquez la prime que le salarié paierait s'il bénéficiait de la plus grande remise dont il puisse bénéficier pour un programme anti-tabagie et s'il ne bénéficiait d'aucune autre remise liée à un programme de bien-être.

a. Quelle somme le salarié devrait-il payer sous forme de primes pour bénéficier de cette couverture ? \$

b. Avec quelle fréquence ? Chaque semaine Toutes les 2 semaines Deux fois par mois Une fois par mois
 Chaque trimestre Chaque année (passez à la question suivante)

Si l'année de couverture prend fin bientôt et que les couvertures santé proposées sont amenées à changer, passez à la question 16. Si vous ne possédez pas cette information, ARRETEZ-VOUS et rendez ce formulaire au salarié.

16. Quels changements l'employeur apportera-t-il lors de la prochaine année de couverture santé ?

L'employeur n'offrira pas de couverture santé

L'employeur commencera à offrir une couverture santé à ses salariés ou modifiera la prime correspondant à la couverture la moins chère à laquelle a droit le seul salarié et qui répond aux critères minimaux de qualité*. (La prime doit correspondre à la remise offerte sur les programmes de bien-être. Voir question 15.)

a. Quelle somme le salarié devra-t-il payer sous forme de primes au titre de cette couverture ? \$

b. Avec quelle fréquence ? Chaque semaine Toutes les 2 semaines Deux fois par mois Une fois par mois
 Chaque trimestre Chaque année

c. Date des changements (mm/jj/aaaa) : / /

*Une couverture santé sponsorisée par un employeur répond aux « critères minimaux de qualité » si les dépenses prises en charge ne sont pas inférieures à 60% du total des frais de soin autorisés (Section 36B(c)(2)(C)(ii) du Code sur les revenus internes de 1986).



Membre d'une famille issue des Indiens d'Amérique ou d'Alaska

Remplissez cette annexe si vous-même ou un membre de votre famille êtes un Indien d'Amérique ou d'Alaska. Joignez ce document à votre demande de couverture santé et d'aide au règlement de frais de santé.

Parlez-nous des membres de votre famille qui sont des Indiens d'Amérique ou d'Alaska.

Les Indiens d'Amérique et d'Alaska peuvent bénéficier de services fournis par le Service de santé indien, les couvertures santé tribales ou les couvertures santé indiennes urbaines. Ils peuvent aussi être exemptés des frais liés à la mutualisation des coûts et bénéficier de périodes d'inscription spéciales. En répondant aux questions suivantes, vous permettrez à votre famille de bénéficier de la plus grande aide possible.

NOTA BENE : Si vous voulez inclure d'autres personnes, faites une copie de cette page et joignez-la.

	PERSONNE INDIENNE 1	PERSONNE INDIENNE 2
1. Nom (prénom, 2e prénom, nom de famille)	Prénom 2e prénom [REDACTED]	Prénom 2e prénom [REDACTED]
	Nom de famille [REDACTED]	Nom de famille [REDACTED]
2. Membre d'une tribu reconnue par les autorités fédérales ?	<input type="checkbox"/> Oui Si oui , nom de la tribu [REDACTED] <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Si oui , nom de la tribu [REDACTED] <input type="checkbox"/> Non
3. Cette personne a-t-elle déjà bénéficié de l'action du Service de santé indien, d'une couverture santé tribale, d'une couverture santé indienne urbaine, ou été orientée vers un professionnel par un de ces services ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si ce n'est pas le cas , cette personne a-t-elle le droit de bénéficier de l'action du Service de santé indien, d'une couverture santé tribale, d'une couverture santé indienne urbaine, ou d'être orientée vers un professionnel par un de ces services ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si ce n'est pas le cas , cette personne a-t-elle le droit de bénéficier de l'action du Service de santé indien, d'une couverture santé tribale, d'une couverture santé indienne urbaine, ou d'être orientée vers un professionnel par un de ces services ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Certaines des sommes perçues ne seront peut-être pas considérées pour Medicaid ou la couverture CHIP. Indiquez tous les revenus (montant et fréquence) mentionnés dans votre formulaire qui incluent des sommes provenant de ces sources : <ul style="list-style-type: none"> • Paiements à un individu effectués par une tribu et provenant de revenus issus de ressources naturelles, droits d'utilisation, baux ou royalties. • Paiements provenant de revenus issus de ressources naturelles, de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche, de baux ou de royalties liés à un territoire reconnu par le département de l'Intérieur comme un territoire indien (réserve ou ancienne réserve) • Revenus issus de la vente d'objets ayant une valeur culturelle 	\$ [REDACTED] Avec quelle fréquence ? [REDACTED]	\$ [REDACTED] Avec quelle fréquence ? [REDACTED]



Besoin d'aide pour remplir ce formulaire

Vous pouvez désigner un représentant autorisé.

Vous pouvez donner à une personne de confiance la permission de discuter avec nous de votre demande, de consulter les renseignements que vous aurez fournis et d'agir en votre nom dans le cadre de votre demande - par ex., obtenir des informations concernant votre demande ou signer votre formulaire pour vous. Cette personne sera désigné comme votre « représentant autorisé ». Si vous devez changer de représentant autorisé, contactez le Marketplace. Si vous agissez en tant que représentant légal d'une autre personne dans le cadre de cette demande, joignez au formulaire la preuve de votre statut.

1. Nom du représentant autorisé (prénom, 2e prénom, nom de famille)		
[REDACTED]		
2. Adresse		3. Numéro de l'appartement ou du bureau/magasin
[REDACTED]		[REDACTED]
4. Ville	5. Etat	6. Code postal
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
7. Numéro de téléphone ([REDACTED]) [REDACTED] - [REDACTED]		
8. Nom de la société		
[REDACTED]		
9. Numéro identifiant (s'il y a)		
[REDACTED]		
Par votre signature, vous autorisez cette personne à signer votre formulaire, à obtenir des informations sur votre demande et à agir en votre nom dans toutes les démarches qui seront liées à votre demande.		
10. Votre signature		11. Date (mm/jj/aaaa)
[REDACTED]		[REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

A l'attention des seuls conseillers de candidature certifiés, auxiliaires, agents et courtiers.

Remplissez cette section si vous êtes un conseiller de candidature certifié, un auxiliaire, un agent ou un courtier remplissant ce formulaire pour quelqu'un d'autre.

1. Date de début de la demande (mm/jj/aaaa)	
[REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]	
2. Prénom, 2e prénom, nom de famille et titre	
[REDACTED]	
3. Nom de la société	
[REDACTED]	
4. Numéro identifiant (s'il y a)	5. Agents ou courtiers seulement : Numéro NPN
[REDACTED]	[REDACTED]

